



**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS
PARA PARTICIPANTES DE LOS PLANES ACTIVO Y ESPECIAL
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DE LA VISTA
EFECTIVO EL 1º DE NOVIEMBRE DE 2017**

Participantes del Plan de Pago Directo – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Blue View Vision de Anthem Blue Cross. El Fondo Fideicomiso **no** ofrece otros planes de la vista a los Participantes que estén inscritos en el Plan de Pago Directo. Si desea cambiar al Plan Vision Essentials de Kaiser, primero tiene que cambiar su Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta al de Kaiser Permanente.

Participantes del Plan Kaiser Permanente – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Vision Essentials de Kaiser, no obstante, a los Participantes que están inscritos en el Plan de Kaiser Permanente se les permite cambiarse entre el Plan Vision Essentials de Kaiser y el Plan Blue View Vision de Anthem Blue Cross en cada periodo anual de inscripción abierta (1 de Diciembre – 15 de Marzo para una fecha efectiva del 1 de Marzo).

Resumen de Beneficios de Blue View Vision de Anthem Blue Cross

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	PROVEEDOR EN LA RED		PROVEEDOR NO DE LA RED
	Asignación del Plan	Su Copago	
Examen Rutinario de la Vista <i>Cada 12 meses</i>	Completamente cubierto	\$10	Asignación de \$37 solamente
Marcos de Anteojos <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145 menos 20% descuento	Asignación de \$40 solamente
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i> 1 par solamente de lentes Sencillos, Bifocales, Trifocales o Lenticulares	Completamente cubierto	\$20 (límite de 1 par)	Asignación de \$34 a \$68 solamente dependiendo del tipo de lente
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120 menos 15% descuento	Asignación de \$100 solamente

Resumen de Beneficios de Vision Essentials de Kaiser

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	EN LOS CENTROS ÓPTICOS DE KAISER PERMANENTE		
	Asignación del Plan	Su Copago	Notas
Examen Rutinario de la Vista <i>No hay límite</i>	Completamente cubierto	\$15	No copago para evaluaciones preventivas
Marcos de Anteojos <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145	Marcos de moda de un valor de \$40 a \$99
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i>	Completamente cubierto		1 par solamente de lentes de plástico transparente, sencillos, multifocales de tope plano o lenticulares
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120	Ordene repuestos en línea en kp2020.org/noca

ÉSTA NO ES UNA LISTA EXHAUSTIVA DE TODOS LOS SERVICIOS DE VISION CUBIERTOS Y PUEDEN APLICARSE OTRAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.